

別記様式第4号（第8条関係）

コース No		※受験番号	
--------	--	-------	--

推 薦 書

年 月 日

自治医科大学学長 殿

機 関

職 位

推薦者（自署）

印

自治医科大学看護師特定行為研修の受講者として、次の者を推薦します。

氏 名

推薦理由【 受講修了後の進路や所属先から期待される役割などを記入 】

--

貴施設での実習指導の可能性： 有 ・ 無

* 特定行為区分の実習指導のできる医師が必要となります。指導できる医師とは、臨床研修医指導医講習会または特定行為研修指導者講習会を受けていることが望ましいです。